



# CABINET BOURHIS QUESTIONNAIRE MEDICAL

**IMPORTANT : ce questionnaire doit être rempli à la main. Chaque question doit comporter une réponse. Les traits ne sont pas valables.**  
Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, veuillez apporter toutes les précisions utiles sur un feuillet complémentaire (date, motif, suites ou séquelles, nature du traitement, durée, etc ...), daté et signé de votre part, en indiquant clairement à quelle(s) question(s) vous répondez. Ce pli confidentiel doit être retourné cacheté au médecin conseil de la société de gestion GAPI – 58 rue de l'Arcade – 75008 PARIS

Après avis du médecin conseil, nous vous communiquerons la décision de l'assureur quant à l'acceptation du risque en garantie et de la majoration tarifaire éventuelle.

		Vous	Conjoint	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4
▶	Quel est votre poids ?						
▶	Quelle est votre taille ?						
▶	Etes-vous actuellement en arrêt maladie ?						
▶	Etes-vous actuellement pris en charge à 100% par votre régime obligatoire ?						
▶	Etes-vous actuellement enceinte ?						
▶	Avez-vous eu, au cours des 3 dernières années, un arrêt maladie supérieur à 30 jours ?						
▶	Avez-vous subi, au cours des 10 dernières années, une ou des interventions chirurgicales (sauf l'ablation de l'appendice, des amygdales, des végétations, de la vésicule biliaire) ?						
▶	Devez-vous prochainement subir une intervention ? Si oui à quelle date ?						
▶	Avez-vous séjourné, au cours des 10 dernières années, dans un hôpital, une clinique, une maison de santé ou un établissement thermal ?						
▶	Devez-vous le faire prochainement ? Si oui à quelle date ?						
▶	Avez-vous été atteint, au cours des 10 dernières années, de maladies, affections ou accidents ayant entraîné une surveillance médicale de plus de 30 jours ?						
▶	Etes-vous actuellement sous surveillance médicale (traitements, soins médicaux) et/ou prenez-vous des médicaments prescrits par un médecin (autres que contraceptifs) ?						
▶	Etes-vous atteint d'une maladie ou affection telle que : Maladie ou affection cardio-vasculaire, digestive, rénale, articulaire, diabète, nerveuse, pulmonaire, hypertension, endocrinologique, hémathologique.						
▶	Avez-vous subi, au cours des 5 dernières années, des tests biologiques et/ou sérologiques qui se soient relevés anormaux ?						
▶	Percevez-vous une pension d'invalidité militaire ou civile supérieure à 15 %						
▶	Avez-vous subi toutes les vaccinations nécessaires à votre prochain voyage à l'étranger ?						
▶	Souffrez-vous des dents ? Si oui, veuillez préciser le traitement en cours ou prévu. Quelle est la date de votre dernière visite chez le dentiste ?						

Je certifie que toutes les déclarations ou réponses faites ci-dessus sont sincères et, à ma connaissance, complètes et exactes. Je déclare ne pas ignorer que si, dans l'appréciation des risques, ARTAS a été induit en erreur par suite d'une fausse déclaration intentionnelle ou d'une réticence, l'assurance pourra être annulée aux conditions prévues par le Code des Assurances (Articles L.113-8 et L.113-9).

Fait à : \_\_\_\_\_

Le |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Signature de l'adhérent  
(Précédée de la mention « Lu et Approuvé ») :